

Cuando rechazan su reclamo del seguro

Por David McGill

Ajustar el tamaño de la letra en la pantalla: [+ letra más grande](#) | [- letra más pequeña](#)

Adjusting to Limb Loss: When Your Insurance Claim is Denied
First Step, 2003

Imagínese la sorpresa de una mujer de 26 años, con una amputación arriba del codo, cuando se enteró por su compañía de seguro que su reclamo para una nueva prótesis mioeléctrica fue rechazada porque tenía "una extremidad contralateral completamente funcional".

O, la consternación de una mujer de 63 años cuyo asegurador se negó a pagar por una rodilla controlada por un microprocesador porque su "póliza nacional" (como fue anunciado en su sitio web) prohibía el reembolso por el artefacto. O, la cólera de otra mujer de 41 años con una amputación bilateral, cuya compañía de seguro cambió continuamente sus razones para no pagar por sus prótesis, aún cuando ella sistemáticamente debilitaba la validez de cada argumento.

Al trabajar cercanamente con cada uno de estos individuos, yo, como una persona con una amputación encima de la rodilla, experimenté sus sentimientos de incredulidad, preocupación, impotencia y rabia de una manera muy personal. ¡Sus aseguradores se negaban a pagar por tecnología necesaria que ellos usarían todos los días! Yo, por lo tanto, experimento sentimientos igualmente intensos de regocijo cuando apelamos exitosamente cada una de esos rechazos.



Las apelaciones al seguro no son intrínsecamente inmanejables, ni son tan complicadas. De hecho, una apelación exitosa depende de exponer los hechos pertinentes en una forma de lo más sencilla y sincera posible. Pero las apelaciones requieren también tenacidad, organización, y una cantidad mínima de conocimiento sobre "cosas de



seguro", algo que las compañías de seguro asumen (a menudo correctamente) que no tienen sus clientes. De hecho, después que recibir un rechazo de su compañía de seguro, la mayoría de las personas no

se toman la molestia en presentar una apelación, concluyendo que: el proceso es demasiado complejo, el asegurador es muy poderoso, y sus propias habilidades son demasiado insuficientes para realizar algún cambio. Se puede ganar las apelaciones, sin embargo, y cuándo se las hacen correctamente, a menudo se gana. Pero el requisito para ganar una apelación es presentarla en una manera inteligente y elocuente.

Asuntos preliminares

Su compañía de seguro le manda un documento lacónico que informa que no pagará por su prótesis. ¿Qué hace usted? Considere estas sugerencias.

1. Llegue a ser un recaudador de papel

Guarde todo lo que su compañía de seguro le manda, inclusive los sobres en que llega la correspondencia. Cuando usted guarda la carta que recibe con fecha del 1 de enero pero tira el sobre que lleva el sello postal del 15 de mayo, arriesga un argumento exitoso contra el asegurador que dirá que su apelación del 13 de junio no fue presentada dentro del período de tiempo requerido por la póliza.

Algunas compañías ahora se comunican con sus clientes a través de correo electrónico en un intento de reducir el papeleo. Usted debe imprimir todo correo electrónico cuando lo reciba, guardándolo como hace con el correo regular. Debe establecer también un archivo para su seguro que contenga una historia cronológica de toda correspondencia entre usted y la compañía.

2. Determine por qué su reclamo fue rechazado

Cuando un asegurador rechaza un reclamo, debe citar la razón. Porque una póliza es un contrato. El no aprobar una prótesis recomendada debe surgir del idioma contractual específico en la póliza. Generalmente, los aseguradores basan su rechazo en uno de tres motivos:

Primero, el componente protésico recomendado debe ser necesario por razones médicas. Esto significa que su protésico y su médico deben establecer la importancia de la tecnología recomendada. Si ellos fallan en colocar la base inequívocamente para demostrar que usted necesita la prótesis, o si la compañía de seguro cree que el artículo recomendado mejorará solo levemente su habilidad, ya adecuada, para funcionar, el asegurador puede negar su reclamo. La calidad del aumento de vida, en el punto de vista del asegurador, no es esencial (en otras palabras, no es "médicamente necesario").

Segundo, los aseguradores no reembolsarán un artefacto que es "de experimento o investigación". Desgraciadamente, las compañías de seguro usan a veces esta razón como

pretexto falso para negar artículos nuevos que tienen costo significativamente más alto (por ejemplo, rodillas controladas por un microprocesador, brazos mioeléctricos).

Finalmente, los aseguradores pueden negar cobertura porque el contrato simplemente no cubre la tecnología recomendada. Un ejemplo de esto sería una póliza que contiene una cláusula específica que excluye cobertura de cierto componente.

Es importante identificar sobre cuál de estos tres motivos está basado el rechazo.

3. Establezca a dónde y cuándo debe enviar la apelación

Siempre lea cada oración en cada pieza de correspondencia que su compañía de seguro le manda, inclusive las letras pequeñas y el texto detrás de los formularios. La mayoría de las cartas de rechazo contienen no sólo la base de la decisión del asegurador, sino los pasos necesarios para apelar y presentar el reclamo (en otras palabras, dónde mandar los papeles y cuánto tiempo usted tiene para hacerlo). Usted no puede ganar una apelación si no sabe a dónde debe ir y cuándo debe llegar allí. Si la carta de rechazo no contesta las preguntas de dónde y cuándo, llame inmediatamente a su asegurador para averiguar las respuestas porque algunas pólizas dan solo 30 días para apelar. Cuando habla por teléfono con la compañía, apunte la fecha, la hora y el nombre de la persona con quien ha hablado. Tome nota del tiempo que usted tiene para apelar. Una apelación enviada de manera oportuna, aunque sea dirigido al departamento inapropiado de la compañía, permitirá que la apelación se lleve a cabo. Al contrario, una apelación enviada a la dirección correcta tres días tarde será negada, en base a su falta de conformidad con los términos de la póliza.

Construir una apelación exitosa

Ahora viene la parte dura - los intestinos verdaderos de la apelación.

Me gustaría decirle que esta es la parte mágica del artículo donde se arma usted con la bala de plata que será fatal para todos los aseguradores. Sin embargo, la naturaleza específica de cada rechazo y la información proporcionada al asegurador por su protésico y médico significa que cada apelación tiene características extraordinarias. Con eso en la mente, yo me enfoco en las estrategias generales que usted puede usar en cualquier apelación.

1. El papel vs. la persona

Algunas compañías de seguro dan la opción de apelar por papel, en persona o vía telefónica. Mientras me siento reticente en recomendar solo una manera, mi preferencia personal es poner todo en escrito. En mi opinión, los riesgos de una "apelación personal" pesan más que sus beneficios.

La mayoría de la gente, por ejemplo, se sentiría incomoda hablando enfrente de un panel de aseguradores, sea en persona o por teléfono, y esta molestia podría manifestarse en una incapacidad de presentar los pensamientos clara y concisamente. El grupo también tendría la oportunidad de hacerle preguntas, colocándolo en la defensiva.

Al contrario, el tomar el tiempo para presentar su caso por escrito con información secundaria de su protésico y médico le da a la compañía de seguro algo palpable a lo que tiene que responder. Además, si la compañía de seguro está preparando su rechazo y usted tiene la oportunidad de apelar a una agencia externa, un documento (o el conjunto de documentos) será de valor inestimable, particularmente cuando, como se acontece en algunos casos, el asegurador no tiene documentación para basar su posición.

2. ¡Encuentre a un amigo!

Reclute a un amigo o conocido para revisar su apelación. (Aún mejor si esa persona tiene capacitación legal, o un entendimiento sobre seguros, o algún otro rasgo que le da una ventaja.) Obtener una opinión objetiva es importante porque el rechazo del asegurador a menudo tiene como resultado una reacción sumamente emocional, quitándole la objetividad y la racionalidad que necesita para construir una apelación efectiva.

Anime a su revisor que sea honesto. Pedir a alguien que critique su apelación pero el esperar (o recibir) solo una reacción positiva hará maravillas para su ego - hasta que el asegurador le rebaje con un rechazo bien redactado y pensado.

¿Que tal el papel que el protésico juega en este proceso? He oído a un protésico prominente en una conferencia nacional aconsejar a sus pacientes que ellos deben tomar responsabilidad única sobre todas sus cuestiones del seguro (las apelaciones también), porque los protésicos "no tienen ni el tiempo ni los recursos para hacerlo". Esto puede representar el modelo tradicional de un centro protésico, ¿pero debe ser así? ¿Deben exigir los pacientes que sus protésicos también ayuden con apelaciones y otros asuntos de seguro? Estos son puntos que usted debe considerar, no sólo cuando encara con una apelación, sino cuando analiza qué papel su protésico juega en su cuidado y tratamiento.

3. La sencillez, la sencillez, la sencillez

La compañía del seguro no se guía por vodú ni brujería para rechazar su reclamo. La tecnología fue juzgada no médicamente necesaria, de experimento o investigación, o fuera del alcance de la póliza. Su trabajo debe demostrar: (1) que la tecnología es médicamente necesaria; (2) que no es de experimento ni investigación; o (3) que el contrato sí lo cubre. La única complejidad es como decirlo de forma poderosa y concisa.

¿Cómo lleva al máximo su oportunidad de lograr esta meta? De la misma manera cómo usted aprendió a usar su prótesis: invierta una cantidad de tiempo, energía y pasión en el intento. Cuando estoy trabajando en una apelación - una tarea para la que yo fui entrenado para hacerla profesionalmente - necesito generalmente dos o tres días enteros para tener en mano un producto terminado. (Día 1 y Día 2 son gastados principalmente en investigar el asunto y hacer un plan. Día 2 y Día 3 implican la redacción de la apelación, un mínimo de dos veces, y frecuentemente tres veces). Disculpen: ¡la única manera de hacerlo es a través del trabajo dedicado!

La conclusión: ¡cambie el modo de pensar!

Cuándo las compañías de seguro dicen: "Usted no puede tener esto", con mucha frecuencia respondemos afirmativamente con una monotonía lánguida: "Nosotros no podemos tener esto".

¿Cuán absurda es esta respuesta? Considere esto:

1. Usted paga su dinero (en forma de primas) para recibir beneficios de asistencia médica.
2. Como persona amputada, usted requiere el tratamiento protésico continuo y necesario para vivir su vida, y
3. Su asegurador unilateralmente redacta y e interpreta su póliza.

Bajo estas circunstancias, la locura verdadera es no tomar medidas cuando el asegurador le informa que ¡usted no puede tener lo que necesita cuando ya ha pagado a la compañía para lo mismo!

Siempre recuerde: el contrato de seguro le permite a ciertos beneficios; usted paga a la compañía del seguro un dinero para recibir esos beneficios; y la compañía tiene una obligación contractual con usted. Háglele recuerdo de esa obligación: ¡presente la apelación!

Sobre el autor

David McGill es un abogado que ha representado a aseguradores a nivel nacional. Ahora es el director ejecutivo de un centro protésico donde él a menudo coordina y redacta apelaciones. El es también un miembro de la Junta Directiva de ACA.

[Regreso al inicio](#)

Actualizado en : 15-mar-05



© Amputee Coalition of America. Los derechos de reproducción pertenecen a la [Coalición de Amputados de América](#). Se permite la reproducción

local para uso de los constituyentes de la ACA, siempre y cuando se incluya esta información sobre los derechos de

reproducción. Las organizaciones o personas que deseen reimprimir este artículo en otras publicaciones, incluidos otros sitios web, deben contactar con la Coalición de Amputados de América para obtener permiso.

